

Resumen de Beneficios del Programa de Farmacias de HSA

Marymount University

Formulario 2 ■ Nivel 4 ■ Deducible integrado ■ Coseguro del 20 % ■ Coseguro de inyectables del 50 %

Característica del plan	Monto que paga	Descripción
Deducible	Consulte el resumen de beneficios médicos para conocer el monto del deducible anual.	Si alcanza su deducible médico y farmacológico combinado, pagará un copago o coseguro diferente según el nivel del medicamento. A continuación, se indican los medicamentos que no están sujetos a ningún deducible.
Máximo de gastos de bolsillo	Consulte el resumen de beneficios médicos para conocer el monto de los gastos de bolsillo anuales.	Si alcanza su límite máximo de gastos de bolsillo, CareFirst o CareFirst BlueChoice pagarán el 100% del beneficio cubierto aplicable para la mayoría de los servicios cubiertos durante el resto del año calendario. Todos los deducibles, los copagos, los coseguros y otros gastos de bolsillo elegibles se computan hasta alcanzar el máximo de gastos de bolsillo, salvo los montos facturados sobre el saldo.
Medicamentos preventivos (suministro de hasta 34 días)	\$0 (no sujeto al deducible)	Un medicamento preventivo es un medicamento o un artículo que figuran en la lista de medicamentos preventivos de CareFirst.*
Insumos para la diabetes y medicamentos quimioterapéuticos orales (suministro de hasta 34 días)	\$0 (no sujetos a deducible, con excepción de los planes HSA/HRA)	Los insumos para la diabetes incluyen agujas, lancetas, tiras de medición y torundas con alcohol.
Medicamentos genéricos (Nivel 1) (suministro de hasta 34 días)	20% de coseguro \$10 mínimo/\$20 máximo	Los medicamentos genéricos están cubiertos en este nivel de copago.
Medicamentos de marca preferida (Nivel 2) (suministro de hasta 34 días)	20% de coseguro \$25 mínimo/\$50 máximo	Todos los medicamentos de marca preferida están cubiertos en este nivel de copago.
Medicamentos de marca no preferida (Nivel 3) (suministro de hasta 34 días)	20% de coseguro \$40 mínimo/\$80 máximo	Todos los medicamentos de marca no preferida en este nivel de copago no forman parte de la Lista de Medicamentos Preferidos.* Evalúe alternativas con su médico o farmacéutico.
Inyectables autoadministrados (excluyendo insulina) (Nivel 4) (suministro de hasta 34 días)	Coseguro del 50% hasta un pago máximo de \$100.	Todos los medicamentos inyectables autoadministrados (excluida la insulina) están cubiertos en este nivel de pago. La insulina está cubierta en el nivel de copago correspondiente.
Medicamentos de mantenimiento (suministro de hasta 90 días)	Genérico: <ul style="list-style-type: none"> ▪ 20% de coseguro ▪ \$20 mínimo/\$40 máximo De marca preferida: <ul style="list-style-type: none"> ▪ 20% de coseguro ▪ \$50 mínimo/\$100 máximo De marca no preferida: <ul style="list-style-type: none"> ▪ 20% de coseguro ▪ \$80 mínimo/\$160 máximo Inyectables autoadministrados: coseguro del 50% hasta un pago máximo de \$200	Los medicamentos de mantenimiento con un suministro de hasta 90 días están disponibles por el doble de copago mediante Farmacias de Pedidos por Correo o farmacias de venta al por menor. Los medicamentos inyectables (excluida la insulina) están cubiertos con un coseguro del 50% hasta un pago máximo de \$200.
Sustituto genérico limitado	Si un proveedor receta un medicamento de marca no preferida cuando uno genérico está disponible, usted pagará el copago o el coseguro del medicamento de marca no preferida MÁS la diferencia en costo que existe entre el medicamento de marca y el medicamento genérico hasta llegar al costo de la receta. Si no hay una versión genérica disponible, pagará únicamente el copago o el coseguro. Además, si su receta ha sido escrita para un medicamento de marca y su médico especifica DAW (dispensar según lo indicado), usted pagará únicamente el copago o el coseguro.	



Visite carefirst.com/marymount para obtener las listas de medicamentos más actualizadas, incluso las indicaciones para recetas. Las indicaciones para recetas especifican los medicamentos que requieren que su médico obtenga una autorización previa de CareFirst antes de que estos puedan ser adquiridos, y los medicamentos que pueden ser adquiridos en cantidades limitadas.

Este resumen del plan es solo para fines comparativos y no crea derechos que no otorgue el plan de beneficios.

Números de Formularios de Póliza: VA/CFBC/RX3 (R. 8/12) • VA/CF/RX3 (R. 8/12)



CareFirst BlueCross BlueShield es el nombre comercial compartido de CareFirst of Maryland, Inc. y Group Hospitalization and Medical Services, Inc. CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage es el nombre comercial compartido de CareFirst Advantage, Inc. CareFirst Advantage PPO, Inc. y CareFirst Advantage DSNP, Inc. CareFirst BlueCross BlueShield Community Health Plan Maryland es el nombre comercial de CareFirst Community Partners, Inc. En el Distrito de Columbia y Maryland, CareFirst MedPlus es el nombre comercial de First Care, Inc. En Virginia, CareFirst MedPlus es el nombre comercial de First Care, Inc. de Maryland (utilizado en Virginia por: First Care, Inc.). CareFirst of Maryland, Inc., Group Hospitalization and Medical Services, Inc., CareFirst Advantage, Inc., CareFirst Advantage PPO, Inc., CareFirst Advantage DSNP, Inc., CareFirst Community Partners, Inc., CareFirst BlueCross BlueShield Community Health Plan District of Columbia, CareFirst BlueChoice, Inc., First Care, Inc., y The Dental Network, Inc. son licenciatarios independientes de Blue Cross and Blue Shield Association. BLUE CROSS®, BLUE SHIELD® y los símbolos de la Cruz y el Escudo son marcas de servicio registradas de Blue Cross and Blue Shield Association, una asociación de planes independientes de Blue Cross y Blue Shield.

SPN4660-6P (9/23) (CST3017) ■ VA

Resumen de Beneficios del Programa de Farmacias de HSA

A continuación se incluyen las limitaciones y exclusiones que contiene su póliza de salud de CareFirst o CareFirst BlueChoice, a la que se adjunta la cláusula adicional sobre medicamentos con receta.

Limitaciones y Exclusiones Médicas—CareFirst BlueChoice

10.1 La cobertura no incluye:

- A. ningún servicio, insumo o artículo que no sea Medicamento Necesario. Aunque se trate de un servicio que figure como cubierto, solo se otorgarán beneficios si el servicio es médicamente necesario según lo determine CareFirst BlueChoice.
- B. Servicios que sean Experimentales o que estén en Fase de Investigación o que no cumplan con las normas o prácticas médicas o psiquiátricas aceptadas vigentes al momento de prestar el servicio en cuestión, según lo determine CareFirst BlueChoice.
- C. El costo de servicios que:
 - 1. se presten sin cargo;
 - 2. se presten generalmente sin cargo a quienes no tengan la cobertura de seguro de salud; o
 - 3. se habrían proporcionado sin cargo si el Afiliado no hubiera estado cubierto por la Evidencia de Cobertura o algún seguro de salud.
- D. Servicios que no figuren como cubiertos en la Evidencia de Cobertura o que no cumplan con todas las demás condiciones y criterios de cobertura, según lo determine CareFirst BlueChoice. La derivación por un Médico de Atención Primaria o la prestación de servicios por parte de un Proveedor Contratado, por sí solas, no confieren a un Afiliado el derecho a acceder a los beneficios si los servicios no están cubiertos o por alguna otra razón no cumplen con las condiciones y los criterios de cobertura.
- E. Con excepción de los Servicios de Emergencia, de Atención de Urgencia y atención de seguimiento después de una cirugía de emergencia, no se brindarán beneficios de ningún servicio suministrado a un Afiliado por un Médico Fuera del Contrato o Proveedor Fuera del Contrato, a menos que se obtenga autorización previa por escrito de CareFirst BlueChoice.
- F. Servicios de rutina, paliativos o estéticos de los pies (salvo para afecciones que, según CareFirst BlueChoice, sean médicamente necesarias), incluso problemas de pie plano, dispositivos de soporte para los pies, tratamiento de subluxaciones de los pies, tratamiento de durezas, juanetes (salvo cirugía ósea o capsular), callosidades, uñas de los dedos del pie, arcos vencidos, pies débiles, distensión crónica de los pies y molestias sintomáticas de los pies.
- G. Con excepción del tratamiento de Lesiones Producto de un Accidente o los beneficios de Cirugía Bucal descritos, los servicios de atención dental, incluso extracciones; tratamiento de caries; cuidado de las encías o los huesos que sostienen los dientes; tratamiento de abscesos periodontales; extracción de dientes retenidos; ortodoncia, salvo el tratamiento por labio leporino o paladar hendido; dientes postizos o cualquier otro insumo o servicio odontológico. Es posible que estos servicios estén cubiertos por una cláusula adicional que el Grupo haya comprado y adjuntado a la Evidencia de Cobertura.
- H. No se otorgarán beneficios por cirugía estética (excepto cuando se proporcionen beneficios específicamente para la cirugía reconstructiva y cirugía reconstructiva de mama) u otros servicios cuya finalidad principal sea la de corregir, cambiar o mejorar el aspecto físico.
- I. Tratamientos administrados por un proveedor de atención médica que sea miembro de la familia del Afiliado (padre, cónyuge, hermano, hijo).
- J. Ningún medicamento con receta obtenido y autoadministrado por el Afiliado para su uso ambulatorio, salvo que el medicamento con receta esté cubierto específicamente según la Evidencia de Cobertura. No están cubiertos los medicamentos que pueden ser autoadministrados o que no necesitan ser administrados por un médico o estar bajo su supervisión, a pesar de que puedan ser dispensados o administrados en un consultorio médico o centro de un proveedor. Se pueden obtener beneficios por medicamentos con receta mediante una cláusula adicional que el Grupo haya comprado y adjuntado a la Evidencia de Cobertura.
- K. Ningún producto biológico, medicamentos sin receta ni insumos descartables de venta libre que sean obtenidos y autoadministrados habitualmente por el Afiliado, salvo lo indicado en la Descripción de los Servicios Incluidos. Por venta libre se entiende cualquier artículo o insumo, según lo determine CareFirst BlueChoice, que pueda comprarse sin receta, salvo que se trate de un Servicio Cubierto. Esto incluye, entre otros, lentes y accesorios sin receta, productos anticonceptivos o de planificación familiar, artículos de belleza y salud o cosméticos, artículos alimenticios y nutricionales, dispositivos de ayuda, artículos que no sean médicos, artículos para el cuidado de los pies, insumos médicos varios y de primeros auxilios (descartables o no), insumos de higiene personal, insumos para la incontinencia y soluciones y medicación de venta libre;
- L. los procedimientos o tratamientos que busquen transformar las características físicas de una persona en las del sexo opuesto;
- M. servicios para revertir un procedimiento de infertilidad voluntaria inducida en forma quirúrgica, incluida una reversión de esterilización;
- N. cualquier tecnología de reproducción asistida (excepto la inseminación artificial y la inseminación intrauterina), incluso la fertilización in vitro, la transferencia intrafalopiana de gametos, la transferencia intrafalopiana de cigotos, la preservación o el almacenamiento criogénico de óvulos y embriones y los procedimientos de evaluación, medicamentos, servicios de diagnóstico y preparaciones médicas relacionadas con estos, a menos que se encuentren cubiertos por una cláusula adicional que su Grupo haya comprado y adjuntado a la Evidencia de Cobertura;
- O. honorarios o cargos relacionados con programas de fitness, programas para bajar o controlar el peso, acondicionamiento físico, programas de rehabilitación pulmonar, programas de ejercicio físico y el uso de aparatos para ejercicios pasivos o accionados por el paciente;
- P. Tratamientos contra la obesidad, a excepción de los tratamientos quirúrgicos contra la Obesidad Mórbida.
- Q. Tratamientos médicos o quirúrgicos contra la miopía o la hipermetropía. No está cubierta la queratotomía radial ni ninguna otra forma de queratoplastia refractiva o sus complicaciones.
- R. Servicios brindados como resultado de una derivación prohibida por ley.
- S. Servicios requeridos o solicitados únicamente en cumplimiento de una orden judicial o como condición de libertad condicional, salvo que estén autorizados o aprobados por CareFirst BlueChoice.
- T. Clases de educación sobre salud y programas de autoayuda que no sean clases de preparación para el parto o para el tratamiento de la diabetes.
- U. Servicios de acupuntura, salvo cuando los apruebe o autorice CareFirst BlueChoice para usos anestésicos.
- V. Ningún servicio relacionado con actividades recreativas. Esto incluye, por ejemplo, deportes, juegos, equitación y atletismo. Estos servicios no están cubiertos a menos que los autorice o apruebe CareFirst BlueChoice, aun cuando tengan valor terapéutico o los proporcione un proveedor de atención de la salud.
- W. La cobertura según la presente Descripción de los Servicios Incluidos no incluye el costo de servicios ni el pago de servicios por alguna enfermedad, lesión o afección para la cual, o como consecuencia de la cual, se proporcione un Beneficio (como se define a continuación) o se requiera que se proporcione dicho Beneficio, ya sea:
 - 1. en virtud de cualquier ley de indemnización laboral federal, estatal, municipal o del condado, o bien, en virtud de la ley de responsabilidad de empleadores u otro programa similar; o
 - 2. desde cualquier centro federal, estatal, municipal o del condado u otra agencia gubernamental, incluso en el caso de incapacidades relacionadas con el servicio militar, la Administración de Veteranos, en la medida en que esos Beneficios los pague el centro federal, estatal, municipal o del condado u otra agencia gubernamental y que se proporcionen al Afiliado sin cargo alguno, pero que excluyan los beneficios de Medicare y de Medicaid. Un Beneficio, tal y como se utiliza en esta disposición, es un pago o cualquier otro beneficio, incluidos los montos recibidos en la liquidación de una reclamación por beneficios;
- X. Cuidados de enfermería privada.
- Y. Servicios no médicos de atención médica brindados por proveedores, por ejemplo:
 - 1. consultas telefónicas, no presentarse a una cita programada, llenar formularios, cobrar fotocopias u otros servicios administrativos brindados por el profesional de atención médica o sus empleados; o
 - 2. aranceles administrativos que cobre al Afiliado un médico u otro profesional de salud para reservar sus servicios, por ejemplo, "aranceles por atención personalizada" o aranceles de afiliación a servicios médicos exclusivos. Los beneficios previstos en la presente Descripción de los Servicios Incluidos se pueden aplicar a los Servicios Cubiertos que un proveedor de atención médica brinde al Afiliado.

Resumen de Beneficios del Programa de Farmacias de HSA

- Z. Terapias educativas que busquen mejorar el desempeño académico.
- AA. Rehabilitación vocacional y orientación laboral.
- BB. Exámenes de rutina de la visión, marcos y cristales o lentes de contacto. Se pueden obtener beneficios por exámenes de rutina de la visión y marcos y lentes o lentes de contacto mediante una cláusula adicional que su Grupo haya comprado y adjuntado a la Evidencia de Cobertura.
- CC. Atención custodial, personal o a domicilio que se proporcione para cumplir con las actividades de la vida diaria, como tomar duchas, ir al baño y comer (atención que la pueden proporcionar personas sin capacitación ni habilidades médicas profesionales).
- DD. Programas de preparación laboral. Los programas de preparación laboral son programas de rehabilitación con un alto nivel de especialización, que buscan simular actividades propias del trabajo y sus alrededores, en forma supervisada y con el objetivo de preparar al participante para volver a su trabajo.
- EE. Tratamientos de problemas o disfunciones sexuales, incluso, entre otros, implantes quirúrgicos por impotencia y tratamientos médicos y psiquiátricos.
- FF. Traslados (salvo en el caso de transporte aéreo o terrestre en ambulancia que sea Medicamento Necesario, según lo determinen CareFirst BlueChoice y los servicios enumerados en la sección Trasplantes de la presente Descripción de los Servicios Incluidos).
- GG. insumos o equipos médicos duraderos relacionados o utilizados junto con artículos o servicios no cubiertos; ni
- HH. servicios requeridos únicamente a efectos de empleo, seguro, viajes al exterior, escuela, admisiones a campamentos o participación en actividades deportivas.
- ### 10.2 Servicios de infertilidad
- La cobertura de inseminación artificial (e inseminación intrauterina) no incluye lo siguiente:
- A. Ningún costo asociado a la congelación, conservación o descongelación de espermatozoides para intentos futuros o para otro uso.
 - B. Ningún cargo asociado a espermatozoides donados.
 - C. Servicios de infertilidad que incluyen el uso de cualquier servicio de portador gestacional o sustitutivo.
 - D. Servicios de infertilidad cuando la infertilidad es resultado de procedimiento de esterilización quirúrgica masculina o femenina opcional, con o sin reversión.
 - E. Servicios de infertilidad para pareja doméstica o de derecho común, salvo en aquellos estados que reconozcan dichas uniones.
 - F. Ningún medicamento de fertilidad autoadministrado.
- ### 10.3 Trasplantes de Órganos y Tejidos.
- No se otorgarán beneficios en los siguientes casos:
- A. Órganos que no sean humanos y su implantación.
 - B. Honorarios o cargos de profesionales u hospitales relacionados con condiciones médicas o lesiones accidentales del donante del material de trasplante.
 - C. Cargos de transporte, alojamiento y comida, a menos que los autorice o apruebe CareFirst BlueChoice.
 - D. Servicios para un Afiliado que sea donante de órganos cuando el beneficiario no sea un Afiliado.
 - E. No se otorgarán beneficios para servicios de búsqueda de donantes.
 - F. Servicios, insumos o dispositivos relacionados con un trasplante que no se incluyan como beneficios en la presente Descripción de los Servicios Incluidos.
- ### 10.4 Servicios hospitalarios para pacientes internados.
- La cobertura no incluye lo siguiente:
- A. Habitación privada, salvo que se la considere Medicamento Necesario y la autorice o apruebe CareFirst BlueChoice. Si no se autoriza o aprueba una habitación privada, no se cubrirá la diferencia entre el costo de una habitación privada y una habitación semiprivada.
 - B. Artículos no médicos y de confort, como alquileres de televisores y teléfonos, comida para las visitas y servicio de lavandería.
 - C. Con excepción de los Servicios de Emergencia y Nacimientos cubiertos, la admisión a un hospital, o cualquier parte de la admisión a un hospital que no haya sido aprobada por CareFirst BlueChoice, independientemente de que los servicios sean Medicamento Necesarios o se hayan cumplido todas las demás condiciones de cobertura.
 - D. Cuidados de enfermería privada.
- ### 10.5 Servicios de atención médica a domicilio
- La cobertura no incluye:
- A. Los cuidados de una enfermera privada.
 - B. Atención custodial.
 - C. Servicios en el hogar del Afiliado, si se encontrara fuera del Área de Servicios.
- ### 10.6 Beneficios de hospicio.
- La cobertura no incluye:
- A. servicios, consultas, equipos o insumos médicos que no estén incluidos en el plan de tratamiento aprobado por CareFirst BlueChoice.
 - B. Servicios en el hogar del Afiliado, si se encontrara fuera del Área de Servicios.
 - C. Asesoramiento financiero y legal.
 - D. Servicios para los cuales exista un programa de atención paliativa calificada que generalmente no represente gastos para el paciente o su familia.
 - E. Quimioterapia o radioterapia, a menos que la terapia se utilice para el control de síntomas.
 - F. Servicios, consultas, equipos o insumos médicos/quirúrgicos; incluso equipos y medicamentos que no sean necesarios para mantener el confort y manejar el dolor de un afiliado con una enfermedad terminal.
 - G. Reembolso por servicio voluntario.
 - H. atención custodial y servicios domésticos;
 - I. Comidas a domicilio o servicios de comida similares.
 - J. Alquiler o compra de equipos e insumos para diálisis renal.
 - K. Cuidados de enfermería privada.
- ### 10.7 Tratamiento ambulatorio de salud mental y abuso de sustancias
- La cobertura no incluye:
- A. exámenes psicológicos, a menos que sean Medicamento Necesarios, según lo establezca CareFirst BlueChoice, y adecuados dentro del alcance de los servicios cubiertos;
 - B. Servicios que se brindan solamente en cumplimiento de una orden judicial o como condición de libertad condicional, salvo que estén aprobados o autorizados por el Director Médico de CareFirst BlueChoice.
 - C. Retraso mental, después del diagnóstico.
 - D. Psicoanálisis.
- ### 10.8 Tratamiento de salud mental y abuso de sustancias para pacientes internados.
- Los siguientes servicios quedan excluidos:
- A. Admisiones como resultado del cumplimiento de una orden judicial o como condición de libertad condicional, salvo que estén aprobados o autorizados por el Director Médico de CareFirst BlueChoice.
 - B. Atención custodial.
 - C. Observación o aislamiento.
- ### 10.9 Servicios de atención de emergencia y de urgencia.
- No se incluyen beneficios para los siguientes casos:
- A. atención de emergencia si el Afiliado hubiese podido prever la necesidad de atención antes de que se volviera una urgencia (por ejemplo, quimioterapia o diálisis en forma periódica).
 - B. Servicios médicos proporcionados fuera del Área de Servicios que el Afiliado pudiera haber previsto antes de abandonar dicha Área.
 - C. Cargos por servicios de Atención de Emergencia y de Urgencia proporcionados por un Proveedor fuera del Contrato después de que el Afiliado, en la medida de lo razonable, pudiera haberse trasladado hasta el Proveedor del Contrato más cercano.
 - D. Cargos por servicios cuando el Afiliado no hubiera cumplido con los procedimientos de presentación de reclamaciones y los avisos previstos en la Sección 7 de la presente Descripción de los Servicios Incluidos.
 - E. Excepto por la atención de seguimiento médicamente necesaria después de una cirugía de emergencia, los cargos por la atención de seguimiento recibida en el centro de atención de emergencia o urgencia fuera del área de servicios, a menos que CareFirst BlueChoice establezca que, en la medida de lo razonable, no era de esperarse que el afiliado regresara al área de servicios para recibir dicha atención.
 - F. Excepto por los servicios cubiertos de ambulancia, traslados, incluso el traslado necesario para regresar al área de servicios, ya sea o no recomendado por un Proveedor del Contrato.
 - G. El tratamiento recibido en un departamento de emergencias para tratar un problema de atención médica que no cumple con la definición de Servicios de Emergencias tal como se definen en la Sección 7 de la presente Descripción de los Servicios Incluidos.
- ### 10.10 Dispositivos e insumos médicos.
- La cobertura no incluye:
- A. artículos de confort. Ningún artículo que mejore el confort físico o la practicidad sin un fin Medicamento Necesario, como ascensores, elevadores para camas/escaleras, rampas y asientos para la ducha/bañera.

Resumen de Beneficios del Programa de Farmacias de HSA

- B. Muebles. Accesorios o muebles que sirvan para descansar o apoyar cosas o para colocar o guardar cosas, como una silla o una cómoda.
- C. Equipos para ejercicio físico. Ningún dispositivo u objeto que sirva como medio para hacer actividad o esfuerzo físico energético con el fin de entrenar, fortalecer o poner en forma el cuerpo humano, ya sea en todo o en parte, incluso las bicicletas fijas y demás aparatos para hacer ejercicio.
- D. Equipos institucionales. Ningún dispositivo o artefacto apto para ser usado en un centro médico pero no en el hogar, como, por ejemplo, las barras paralelas.
- E. Equipos de control ambiental. Dispositivos como equipos de aire acondicionado, humidificadores o purificadores de aire eléctricos. Estos artículos no están cubiertos aun cuando se los recete, en el caso individual, por una razón médica.
- F. Anteojos, lentes de contacto, aparatos o prótesis dentales u audífonos. Se pueden obtener beneficios para anteojos y lentes de contacto mediante una cláusula adicional que su Grupo haya comprado y ajuntado a la Evidencia de Cobertura.
- G. Calzado ortopédico, a menos que forme parte de un aparato ortopédico para la parte inferior del cuerpo, alzas o accesorios especiales para calzado.
- H. Equipos/insumos médicos de naturaleza prescindible, salvo aquellos incluidos específicamente como Insumos Médicos Cubiertos en la presente Descripción de los Servicios Incluidos. Los insumos sin cobertura incluyen almohadillas absorbentes para incontinencia o vendas.

No todos los servicios y los procedimientos están cubiertos en su contrato de beneficios. Este resumen del plan es solo para fines comparativos y no crea derechos diferentes de los otorgados en el plan de beneficios.

Exclusiones para medicamentos con receta

Esta cláusula adicional no incluye beneficios para los siguientes casos:

- 1. dispositivos, artefactos, insumos y equipos que no se incluyan en la Evidencia de Cobertura.
- 2. Vacunas y refuerzos de rutina, tales como vacunas para viajes al exterior y actividades relacionadas con la escuela o el trabajo.
- 3. Medicamentos con receta para fines estéticos.
- 4. Medicamentos con receta administrados por un médico o dispensados en un consultorio.
- 5. Medicamentos, tratamientos con medicamentos o dispositivos que CareFirst BlueChoice considere experimentales o de investigación.
- 6. Excepto por los artículos que se incluyen en la Lista de Medicamentos Preventivos, la medicación o los insumos de Venta Libre obtenidos sin receta por medios legales, tales como los que se consiguen con la misma fórmula, dosis, forma o potencia que un Medicamento con Receta.
- 7. Vitaminas, salvo que CareFirst BlueChoice ofrezca un beneficio para Medicamentos con Receta:
 - a. vitaminas prenatales;
 - b. flúor y vitaminas con flúor;
 - c. vitaminas simples, como Rocaltrol y DHT; y
 - d. vitaminas incluidas en la Lista de Medicamentos Preventivos.
- 8. Medicamentos y agentes contra la infertilidad para su uso en tratamientos o servicios contra la infertilidad que se encuentran excluidos de la cobertura según la Evidencia de Cobertura a la cual se adjunta la presente cláusula adicional.
- 9. Ninguna parte de un Medicamento con Receta que supere:
 - a. un suministro de Medicamentos con Receta para treinta y cuatro (34) días; o
 - b. un suministro de Medicamentos de Mantenimiento para noventa (90) días, a menos que lo autorice CareFirst BlueChoice.
- 10. Medicamentos con Receta administrados o dispensados por un centro de atención médica a un Afiliado que sea paciente de dicho centro. Esta exclusión no se aplica a Medicamentos con Receta dispensados por una Farmacia ubicada en las instalaciones del centro de atención médica a un Afiliado que no sea paciente de dicho centro.
- 11. Medicamentos con receta para bajar de peso.
- 12. Productos biológicos y extractos alérgicos.
- 13. Sangre y productos sanguíneos. (Es posible que tengan cobertura según los beneficios médicos que se especifican en la Evidencia de Cobertura a la cual se adjunta la presente cláusula adicional).

No todos los servicios y los procedimientos están cubiertos en su contrato de beneficios. Este resumen del plan es solo para fines

comparativos y no crea derechos diferentes de los otorgados a través del plan de beneficios.

Limitaciones y exclusiones médicas—CareFirst BlueCross BlueShield

10.1 Exclusiones generales

La cobertura no incluye lo siguiente:

- A. Servicios, pruebas, procedimientos, insumos o artículos que CareFirst no considere necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de la enfermedad, la lesión o la afección del Afiliado. Aun cuando un servicio se incluya en la cobertura, solo se ofrecerán beneficios en la medida en que dicho servicio se considere médicamente necesario y conveniente en el caso particular del Afiliado.
- B. Ningún tratamiento, procedimiento, centro, equipo, medicamento, uso de medicamentos, dispositivo o insumo que, a criterio de CareFirst, sea experimental, esté en fase de investigación o no cumpla con nuestras normas y prácticas médicas o psiquiátricas aceptadas vigentes al momento del tratamiento, a excepción de los beneficios cubiertos para ensayos clínicos.
- C. El costo de servicios que se presten sin cargo o que generalmente se prestan sin cargo en el caso de que un Afiliado no esté cubierto según la Evidencia de Cobertura o no tenga cobertura del seguro de salud, incluso los cargos, o parte de ellos, que por ley el proveedor no pueda facturar o cobrar directamente al paciente.
- D. Servicios, insumos o procedimientos que no estén específicamente enumerados en la Evidencia de Cobertura del Afiliado como beneficios cubiertos o que, a criterio de CareFirst, no cumplan con todas las demás condiciones y los criterios de cobertura.
- E. Servicios que excedan la licencia del proveedor que brinda el servicio.
- F. Cuidado de rutina de los pies, incluidos servicios relacionados con la higiene, o bien con durezas, callosidades, pies planos, arcos vencidos, pies débiles, distensión crónica de los pies, molestias sintomáticas de los pies o extracción parcial de una uña sin quitar su matriz. Sin embargo, se otorgarán beneficios por esos servicios si CareFirst considera que la atención médica es necesaria a raíz de una condición médica que afecta los pies, tal como la diabetes, y que se cumplieron todas las demás condiciones de la cobertura.
- G. Ningún tipo de atención dental (salvo el tratamiento de lesiones producto de un accidente, cirugía bucal y labio leporino, paladar hendido o displasia ectodérmica, según se indica en la presente Descripción de los Servicios Incluidos), incluso extracciones, tratamiento de caries, cuidado de las encías o de los huesos que sostienen los dientes, tratamiento de absceso periodontal, remoción de dientes retenidos, ortodoncia, dientes postizos o cualquier otro servicio o insumo dental, a menos que esto se autorice por separado en una cláusula adicional o modificación de la presente Evidencia de Cobertura. Los beneficios para cirugía bucal se describen en la Sección 2.21 de la Sección de Servicios para Pacientes Ambulatorios y Visitas al Consultorio de esta Descripción de Servicios Cubiertos. Están excluidos todos los demás procedimientos que involucren los dientes o las áreas adyacentes, incluido el acortamiento de la mandíbula o los maxilares con fines estéticos o para corregir una maloclusión que no esté relacionada con una incapacidad funcional.
- H. Cirugía estética (salvo beneficios por cirugía reconstructiva de mama o cirugía reconstructiva) u otros servicios que tengan como finalidad principal corregir, cambiar o mejorar el aspecto físico. Por estético se entiende un servicio o un insumo proporcionados con la finalidad principal de mejorar el aspecto físico y no de restaurar funciones corporales o corregir una deformidad ocasionada por enfermedades, traumatismos o intervenciones terapéuticas anteriores, según lo establezca CareFirst.
- I. Tratamientos administrados por un Proveedor de Atención Médica que sea miembro de la familia del Afiliado (cónyuge, padre, hijo, abuelo, nieto, hermano, bisabuelo, bisnieto, tío o sobrino) o que viva en el hogar del Afiliado.
- J. Medicamentos con receta, salvo que se los receten al Afiliado en el transcurso de un tratamiento cubierto ambulatorio o de hospitalización o que la cobertura del medicamento con receta se indique específicamente. No están cubiertos los medicamentos o las recetas para llevar a casa, que incluyen las inyecciones autoadministradas que el paciente o una persona promedio sin formación médica puedan aplicarse o medicamentos que, desde el punto de vista médico, no necesiten ser administrados por un doctor o bajo su supervisión, aunque se los dispense o administre en un centro o un consultorio médico o de algún proveedor, salvo que la cobertura del medicamento para llevar a casa se indique específicamente. Se pueden obtener beneficios por medicamentos con receta

Resumen de Beneficios del Programa de Farmacias de HSA

- mediante una cláusula adicional o modificación que el Grupo haya comprado y adjuntado a la Evidencia de Cobertura.
- K. Ningún producto biológico, medicamentos sin receta ni insumos descartables de venta libre, que sean obtenidos y autoadministrados habitualmente por el Afiliado, a excepción de los beneficios de CareFirst que se describen en la presente Evidencia de Cobertura y los insumos para la diabetes.
 - L. Comida y preparados que se consuman como única fuente nutricional o suplemento, salvo los que se mencionan como Servicios Cubiertos en la presente Descripción de los Servicios Incluidos.
 - M. Los procedimientos o los tratamientos que busquen transformar las características físicas de una persona en las del sexo opuesto.
 - N. Tratamientos de problemas o disfunciones sexuales, incluyendo, entre otros, implantes quirúrgicos por impotencia y tratamientos médicos y psiquiátricos.
 - O. Cuotas y cargos relacionados con programas de mantenimiento físico, programas para bajar o controlar el peso, programas de acondicionamiento pulmonar, físico u otros programas que involucren aspectos como ejercicio físico, acondicionamiento físico, uso de centros médicos o aparatos de ejercicios pasivos o accionados por el paciente y capacitación o educación de autocuidado y autoadministración, excepto en el caso de servicios educativos y de capacitación de autocuidado para pacientes ambulatorios con diabetes. Los programas de rehabilitación cardíaca están cubiertos según se indica en esta Evidencia de Cobertura.
 - P. Tratamientos médicos y quirúrgicos para bajar de peso y contra la obesidad, excepto en el caso de Obesidad Mórbida.
 - Q. Tratamiento médico o quirúrgico de miopía o hipermetropía, incluso queratotomía radial y otras formas de queratoplastia refractiva o sus complicaciones. Se pueden obtener beneficios para la visión mediante una cláusula adicional o una modificación que el Grupo haya comprado y adjuntado a la Evidencia de Cobertura.
 - R. Servicios que se brinden solamente en cumplimiento de una orden judicial o como condición de libertad condicional, a menos que CareFirst los apruebe.
 - S. Clases de educación sobre salud y programas de autoayuda que no sean clases de preparación para el parto o para el tratamiento de la diabetes.
 - T. Servicios de acupuntura, excepto cuando los apruebe o autorice CareFirst para usos anestésicos.
 - U. Ningún servicio relacionado con actividades recreativas. Esto incluye, por ejemplo, deportes, juegos, equitación y atletismo. Estos servicios no están cubiertos a menos que los autorice o apruebe CareFirst, aun cuando tengan valor terapéutico o los proporcione un Profesional de Atención Médica.
 - V. Ningún servicio que el Afiliado pueda recibir en forma gratuita en un hospital o un centro médico federal, o bien mediante una agencia o un departamento del gobierno federal, estatal o local, excluido Medicaid. (Esta exclusión no se aplica a los cuidados recibidos en un centro o un Hospital de Veteranos, a menos que los cuidados se hayan provisto por un problema de salud derivado del servicio militar del Afiliado).
 - W. Los cuidados de una enfermera privada.
 - X. Servicios que no sean médicos brindados por proveedores, por ejemplo:
 - 1. consultas telefónicas, no presentarse a una cita programada, llenar formularios, cobrar fotocopias u otros servicios administrativos brindados por el Profesional de Atención Médica o sus empleados; o
 - 2. aranceles administrativos que cobre al Afiliado un médico u otro profesional de salud para reservar sus servicios, por ejemplo, "aranceles por atención personalizada" o aranceles de afiliación a servicios médicos exclusivos. Los beneficios previstos en esta Evidencia de Cobertura se pueden aplicar a los Servicios Cubiertos que un Proveedor de Atención Médica brinde al Afiliado.
 - Y. Terapia del lenguaje, terapia ocupacional o fisioterapia, a menos que CareFirst determine que la condición puede lograr una mejoría. La cobertura no incluye servicios secundarios no médicos, como rehabilitación vocacional, orientación laboral o terapia educativa.
 - Z. Servicios o insumos por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo de una persona cubierta, en la medida en que la ley de indemnización laboral exija la cobertura de dicha persona.
 - AA. Traslados (excepto transporte aéreo o terrestre en ambulancia que sean Medicamente Necesarios, según lo determine CareFirst, y los servicios incluidos en la Sección 2.14 Trasplantes de esta Descripción de Servicios Cubiertos), ya sea que los recomiende un Proveedor Elegible o no.
 - BB. Servicios o insumos proporcionados por un departamento de atención dental o médica financiado por un empleador, asociación de asistencia mutua, sindicato, fideicomiso o personas o grupos similares, o en nombre de alguno de ellos.
 - CC. Medicamentos o dispositivos anticonceptivos, salvo que su cobertura se indique específicamente en la presente Evidencia de Cobertura o en una cláusula adicional o modificación de la presente Evidencia de Cobertura.
 - DD. Enfermedades o lesiones ocasionadas por una guerra (un conflicto entre naciones), haya sido declarada o no, incluso las agresiones armadas.
 - EE. Servicios, medicamentos o insumos que el Afiliado reciba sin cargo durante el servicio militar activo.
 - FF. Servicios de rehabilitación proporcionados mediante servicios escolares y de intervención temprana.
 - GG. Atención custodial.
 - HH. La cobertura no incluye servicios secundarios no médicos, como rehabilitación vocacional, orientación laboral o terapia educativa.
 - II. Servicios o suministros recibidos antes de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura del Afiliado según esta Evidencia de Cobertura.
 - JJ. insumos o equipos médicos duraderos relacionados o utilizados junto con artículos o servicios no cubiertos; ni
 - KK. Viajes requeridos únicamente a efectos de empleo, seguro, viajes al exterior, escuela, admisiones a campamentos o participación en actividades deportivas.
 - LL. Programas de preparación laboral. Los Programas de Preparación Laboral son programas de rehabilitación con un alto nivel de especialización que buscan simular actividades propias del trabajo y sus alrededores de forma supervisada y con el objetivo de preparar al participante para volver al trabajo.
- ### 10.2 Servicios de infertilidad
- No se proporcionarán beneficios para ninguna tecnología de reproducción asistida, incluida la inseminación artificial, como tampoco la fertilización in vitro, la transferencia intrafalopiana de gametos, la transferencia intrafalopiana de cigotos, la preservación o almacenamiento criogénico de óvulos y embriones y los procedimientos de evaluación, medicamentos, servicios de diagnóstico y preparaciones médicas relacionadas con estos.
- ### 10.3 Trasplantes
- No se otorgarán beneficios en los siguientes casos:
- A. órganos que no sean humanos y su implantación. Esta exclusión no se usará para denegar injertos de piel Medicamente Necesarios que no sean Experimentales ni estén en Fase de Investigación.
 - B. Honorarios o cargos de profesionales u hospitales relacionados con condiciones médicas o lesiones accidentales del donante del material de trasplante.
 - C. Cargos de transporte, alojamiento y comida, a menos que los autorice o apruebe CareFirst.
 - D. Servicios para un Afiliado que sea donante de órganos cuando el beneficiario no sea un Afiliado.
 - E. No se otorgarán beneficios para servicios de búsqueda de donantes.
 - F. Servicios, insumos o dispositivos relacionados con un trasplante que no se incluya como beneficio en esta Descripción de Servicios Cubiertos.
- ### 10.4 Servicios hospitalarios para pacientes internados
- La cobertura no incluye lo siguiente (o se reducen los beneficios, si corresponde):
- A. Habitación privada, salvo que se la considere médicamente necesaria y la autorice o apruebe CareFirst. Si no se autoriza o aprueba una habitación privada, no se cubrirá la diferencia entre el costo de una habitación privada y una habitación semiprivada.
 - B. Artículos no médicos y de confort, como alquileres de televisores y teléfonos, comida para las visitas y servicio de lavandería.
 - C. Con excepción de los Servicios de Emergencia y Cuidados de Maternidad cubiertos, la admisión a un Hospital, o cualquier parte de la admisión a un Hospital (que no sean Servicios Secundarios Medicamente Necesarios) que no haya sido aprobada por CareFirst, independientemente de que los servicios sean Medicamente Necesarios o que se hayan cumplido todas las demás condiciones de cobertura.
 - D. Los cuidados de una enfermera privada.
- ### 10.5 La Cobertura de Servicios de atención médica en el hogar no incluye:
- A. Los cuidados de una enfermera privada.
 - B. Atención custodial.

Resumen de Beneficios del Programa de Farmacias de HSA

10.6 Servicios de hospicio

No se otorgarán beneficios en los siguientes casos:

- A. Servicios, consultas, equipos o insumos médicos no autorizados por CareFirst.
- B. Asesoramiento financiero y legal.
- C. Servicios para los cuales exista un Programa de Atención Paliativa Calificada, que generalmente no represente gastos para el paciente o su familia.
- D. Reembolso por servicio voluntario.
- E. Quimioterapia o radioterapia, a menos que la terapia se utilice para el control de síntomas.
- F. Servicios, consultas, equipos o insumos médicos que no sean necesarios para mantener la comodidad y manejar el dolor de un Afiliado con una enfermedad terminal.
- G. Atención custodial y servicios domésticos.

10.7 Dispositivos e insumos médicos

No se otorgarán beneficios para la compra, alquiler o reparación de lo siguiente:

- A. Artículos de confort. Equipos diseñados básicamente para la comodidad o funciones de comodidad o que tengan como fin principal la comodidad de la persona que cuida al Afiliado (por ejemplo, bicicletas fijas u otros aparatos para hacer ejercicio, ascensores, elevadores para camas/escaleras y asientos para ducha/bañera).
- B. Muebles, accesorios u objetos movibles que sirven como un lugar para descansar (personas o cosas) o apoyar o guardar cosas, como una silla o una cómoda.
- C. Equipos para ejercicio físico. Cualquier dispositivo u objeto que sirva como medio para hacer actividad o esfuerzo físico energético con el fin de entrenar, fortalecer o poner en forma el cuerpo humano, ya sea total o parcialmente, tampoco las bicicletas fijas y demás aparatos para hacer ejercicio.
- D. Equipos institucionales. Ningún dispositivo o artefacto apto para ser usado en un centro médico pero no en el hogar, como, por ejemplo, las barras paralelas.
- E. Equipos de control ambiental. Equipos que pueden utilizarse para fines no médicos, como equipos de aire acondicionado, humidificadores y purificadores de aire eléctricos. Estos artículos no están cubiertos aún cuando se los recete, en el caso de la persona, por una razón médica.
- F. Anteojos o lentes de contacto (salvo cuando se los utilice como reemplazo de lentes protésicas para pacientes afáquicos, según se indica en la presente Evidencia de Cobertura), aparatos o prótesis dentales (salvo para un tratamiento médicamente necesario del Síndrome de Articulación Temporomandibular [ATM]).
- G. Calzado ortopédico (a menos que forme parte de un aparato ortopédico), alzas o accesorios especiales para calzado.
- H. Equipos/insumos médicos de naturaleza prescindible, salvo que se los incluya específicamente como Insumos Médicos Cubiertos en la presente Evidencia de Cobertura. Los insumos sin cobertura incluyen almohadillas absorbentes para incontinencia o vendas.

No todos los servicios y los procedimientos están cubiertos en su contrato de beneficios. Este resumen del plan es solo para fines comparativos y no crea derechos diferentes de los otorgados en el plan de beneficios.

Exclusiones para Medicamentos con Receta

Esta cláusula adicional no incluye beneficios para los siguientes casos:

1. dispositivos, artefactos, insumos y equipos que no se incluyan en la Evidencia de Cobertura.
 2. Vacunas y refuerzos de rutina, tales como vacunas para viajes al exterior y actividades relacionadas con la escuela o el trabajo.
 3. Medicamentos con receta para fines estéticos.
 4. Medicamentos con receta administrados por un médico o dispensados en un consultorio.
 5. Medicamentos, tratamientos con medicamentos o dispositivos que CareFirst considere Experimentales o de Investigación.
 6. Excepto por los artículos que se incluyen en la Lista de Medicamentos Preventivos, la medicación o los insumos de Venta Libre obtenidos sin receta por medios legales, tales como los que se consiguen con la misma fórmula, dosis, forma o potencia que un Medicamento con Receta.
 7. Vitaminas, salvo que CareFirst ofrezca un beneficio para Medicamentos con Receta:
 - a. vitaminas prenatales;
 - b. flúor y vitaminas con flúor;
 - c. vitaminas simples, como Rocaltrol y DHT; y
 - d. vitaminas incluidas en la Lista de Medicamentos Preventivos.
 8. Medicamentos y agentes contra la infertilidad para su uso en tratamientos o servicios contra la infertilidad que se encuentran excluidos de la cobertura según la Evidencia de Cobertura a la cual se adjunta la presente cláusula adicional.
 9. Ninguna parte de un Medicamento con Receta que supere:
 - a. un suministro de Medicamentos con Receta para treinta y cuatro (34) días; o
 - b. un suministro de Medicamentos de Mantenimiento para noventa (90) días, a menos que lo autorice CareFirst.
 10. Medicamentos con Receta administrados o dispensados por un centro de atención médica a un Afiliado que sea paciente de dicho centro. Esta exclusión no se aplica a Medicamentos con Receta dispensados por una Farmacia ubicada en las instalaciones del centro de atención médica a un Afiliado que no sea paciente de dicho centro.
 11. Medicamentos con receta para bajar de peso.
 12. Productos biológicos y extractos alérgicos.
 13. Sangre y productos sanguíneos. (Es posible que tengan cobertura según los beneficios médicos que se especifican en la Evidencia de Cobertura a la cual se adjunta la presente cláusula adicional).
- No todos los servicios y los procedimientos están cubiertos en su contrato de beneficios. Esta lista es un resumen y no pretende especificar cada procedimiento no cubierto por CareFirst BlueCross BlueShield. Este resumen del Plan es sólo para fines comparativos y no crea derechos diferentes de los otorgados en el Plan de Beneficios.